

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛  
市・区・町長 宛

相続人(被保険者との続柄: )

(〒 - )

住 所

電 話

氏 名

下記被保険者(被相続人)の死亡に伴い、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費については、上記相続人が受領するものであることを申し立ていたします。  
なお、他の相続人から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、兵庫県後期高齢者医療広域連合及び当該市(区)町には一切迷惑をかけないことを確約します。

|                   |                   |       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者<br>(被相続人) | 後期高齢者医療<br>被保険者番号 |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 氏 名               |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 住 所               |       |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 死亡年月日             | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |

高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費については申請書に記載の口座に振込んでください。この口座振替によって支払の効力が生ずることについて異議ありません。  
なお、申立人と口座名義人が異なる場合は、下記受任者に受領委任します。  
(※ 申立人と口座名義人が同一の場合は下記受任者欄は記入不要です。)

|                |      |       |             |  |
|----------------|------|-------|-------------|--|
| 受任者<br>(口座名義人) | 住 所  |       |             |  |
|                | 氏 名  |       | 申立人<br>との続柄 |  |
|                | 生年月日 | 年 月 日 |             |  |
|                | 電話番号 |       |             |  |

<記入方法>  
枠内に被保険者(被相続人)と、申立人(相続人)の氏名だけを記入してください。  
その他の枠は空白としてください。



※ ①～③は相続にかかる優先順位です。  
相続関係が分かるものを添付ください(コピーでかまいません)  
例1 戸籍謄本(抄本)  
なお、被保険者(被相続人)と申立人(相続人)が住民票上、同じ世帯の場合は、不要です(同じ住所であっても住民票上、別の世帯の場合は、添付が必要です)  
例2 遺言状、公正証書  
遺言等により申立人(相続人)に指定された場合に、添付してください。

〈本人確認書類〉  
・窓口申請書を持参される場合は、「申立人(相続人)」と「窓口に来られる方」の本人確認書類(原本)をご持参ください。  
・郵送で申請書を提出される場合は、「申立人(相続人)」の本人確認書類(コピー)を添付ください。  
例 運転免許証、マイナンバーカード、官公庁発行の顔写真付きの身分証明書、当広域連合の被保険者は後期高齢者医療被保険者証のうち、いずれか1点。

|              |   |       |     |
|--------------|---|-------|-----|
| 市区町職員<br>記入欄 | 本人確認書類  | 確認日付  | 担当者 |
|              | <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> ( ) | 年 月 日 |     |